

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

No
131

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean SAHUT

né le 1^{er} septembre 1909 à Aubière (Puy-de-Dôme)

L'ARSÉNOTHÉRAPIE

dans la Maladie

de Duhring-Brocq

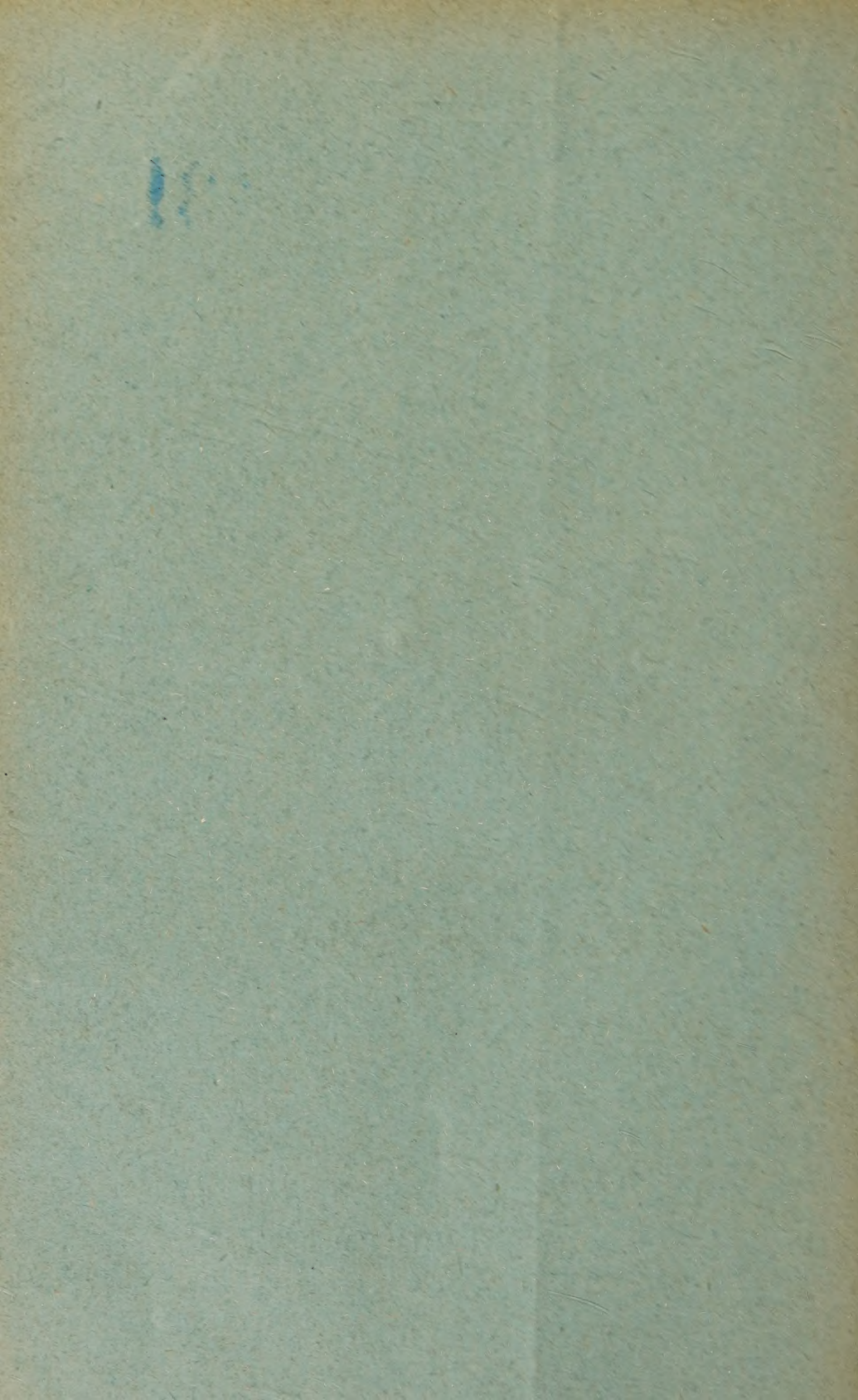
Président : M. GOUGEROT, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1933



THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean SAHUT

né le 1^{er} septembre 1909 à Aubière (Puy-de-Dôme)

L'ARSÉNOTHÉRAPIE

dans la Maladie

de Duhring-Brocq

Président : M. GOUGEROT, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1933

LE DOYEN : M. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	CUNEO.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Leon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	MAUCLAIRE.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale
 BRULE..... Pathologie médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT... Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT.... Pathologie médicale.
 ECALLE..... Obstétrique.
 FEY..... Urologie.
 Pathologie expérimentale.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale
 GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HALPHEN..... Oto-rhino Laryng.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique
 N..... Pathologie médicale.
 JOANON..... Hygiène.

MM-

LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 Oto-rhino-laryngologie.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 LIAN..... Pathologie médicale.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOURE..... Pathologie chirurgicale
 Histologie.
 OBERLING.... Anatomie pathologique
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 QUENU.....
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SEZARY..... Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER... Pathologie expérimentale
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VIGNES..... Obstétrique.

III. — AGGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

LEQUEUX..... Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

MM.

RETTERER.... Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER..	Clinique chirurgicale.	GUENIOT	— —

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education Physique.
LEDOUX-LEBARD.....		Radiologie clinique.
WEILL-HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PERE
M. LE DOCTEUR A. TEILHOL
Doyen du Corps Médical du Puy-de-Dôme

A MON PERE
M. LE DOCTEUR R. SAHUT

Nous leurs devons ce que nous sommes ;
qu'ils trouvent ici l'affectueux témoignage
de notre bien sincère reconnaissance et que
leur exemple reste toujours pour nous le
guide le meilleur dans la carrière où ils nous
ont précédé.

A MA MERE

Faible gage de notre profonde affection.

A MA SOEUR

MEIS
ET
AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur des Maladies Cutanées et Syphilitiques
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage respectueux.

A. M. LE PROFESSEUR AGREGÉ

A. SEZARY

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a guidé dans sa réalisation ; qu'il
veuille trouver ici le témoignage de notre
grande reconnaissance et l'assurance de
notre respectueux souvenirs.

A M. LE PROFESSEUR CASTAIGNE

Directeur de l'Ecole de Plein Exercice de Médecine et
Pharmacie de Clermont-Ferrand

Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre Correspondant de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A. M. LE PROFESSEUR BUY

Professeur d'Anatomie à l'Ecole de Plein Exercice de
Clermont-Ferrand

Officier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction Publique

Médecin des Hôpitaux

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de toute notre gratitude pour la bienveil-
lance paternelle qu'il nous témoignât
toujours au cours de nos études.

A M. LE PROFESSEUR DIONIS DU SEJOUR

Professeur de Clinique Chirurgicale à l'Ecole de Plein
Exercice de Clermont-Ferrand

Chevalier de la Légion d'Honneur.

Chirurgien des Hôpitaux

Dans le service duquel nous avons ac-
complì notre premier stage hospitalier—
nous le remercions ici de l'enseignement
qu'il nous a donné et de l'accueil bienveil-
lant qu'il nous a toujours réservé.

A TOUS NOS MAITRES DEVOUES DES
HOPITAUX DE CLERMONT-FERRAND

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

C'est seulement depuis le mémoire de Duhring et les travaux de Brocq que la dermatite polymorphe douloureuse a été nettement individualisée.

Elle était en effet confondue jadis dans le groupe des affections dénommées pemphigus et qui furent classées par Wichmann en 1799 en pemphigus aiguë fébrile et en pemphigus chronique. Plus tard Batemann décrit la variété de pompholyx pruriginosus où l'on retrouve les éléments caractéristiques de la dermatite polymorphe. En 1847 Cazenave signale l'aspect herpétique des lésions du pemphigus prurigineux. Plus tard Bazin rangera la plupart des cas appartenant actuellement à la maladie de Duhring dans l'hydroa bulleux et le pemphigus arthritique. Devergie, médecin de Saint-Louis, l'appellera pemphigus herpétiforme. Et ce n'est qu'en 1884 que Duhring individualisera et caractérisera nettement cette affection.

Se basant sur de nombreuses observations cet auteur signale que parmi les éruptions étiquetées pemphigus chronique, certaines sont caractérisées par la symptomatologie suivante :

1° Eruption polymorphe constituée par des plaques érythémateuses, des vésicules de forme et dimensions variables, des bulles présentant des particularités analogues, des pustules plates ou acuminées reposant sur une base plus ou moins enflammée, des papules, des papulo-vésicules, toutes lésions tendant à revêtir une disposition particulière : soit en cercle comme dans l'herpès circiné, soit en groupe comme dans l'herpès vulgaire.

2° Un prurit intense.

3° Une évolution chronique se traduisant par des poussées successives et une tendance aux rechutes.

Tels sont donc les caractères essentiels de la dermatite herpétiforme de Duhring.

Mais en 1886 Brocq reprend la question et donne une conception un peu différente. En effet pour lui :

1° L'éruption polymorphe peut avoir un aspect vraiment herpétique mais les éléments peuvent être disséminés ou parfois simplement groupés.

2° Des phénomènes douloureux et variables se surajoutent. Ils sont parfois très intenses et souvent hors de proportion avec les phénomènes éruptifs.

3° L'état général reste bon habituellement. ce qui contraste avec l'intensité des phénomènes éruptifs et douloureux.

4° Il y a une tendance aux rechutes et aux récides.

Telle est pour Brocq la symptomatologie de la Dermatite polymorphe douloureuse où l'herpétiformité passe au second plan.

De nombreuses discussions ont suivi entre partisans de Brocq et de Duhring, chaque auteur ayant défendu sa conception : l'école anglaise surtout suivit, Duhring tenant pour l'herpétiformité : « Sans herpétiformité, il n'y a pas de dermatite herpétiforme ».

Mais Brocq et ses partisans tiennent toujours pour caractères essentiels : le polymorphisme et le prurit.

Et nous n'oserions avancer que l'accord se soit fait complètement sur les caractères prédominants de cette maladie.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET SYMPTOMATOLOGIE

La nature même de la dermatite de Brocq-Duhring nous est inconnue : ainsi Bazin l'avait classée dans les arthritides, Bouchard en fit une trophodermatose et Leredde la considéra comme une manifestation cutanée d'un trouble de l'hématopoïèse. D'autre part Lipschütz avait cru trouver dans les bulles un protozoaire qu'il considéra comme étant l'agent causal, mais le fait ne fut pas confirmé : et les expériences récentes et actuelles des auteurs slaves, tels Kartamyscheff et R. Bernhardt montrent, en accord avec le fait observé habituellement, que l'affection n'est ni inoculable, ni contagieuse.

Ainsi donc, dans cette maladie chronique et récidivante, l'étiologie et la pathogénie nous échappent encore.

Mais depuis Leredde nous connaissons, au point de vue anatomo-pathologique, un fait intéressant : cet auteur a montré en effet que la sérosité des bulles et vésicules renfermait de nombreux éosinophiles (30 à 95 %), fait qui coïncide également avec une éosinophilie sanguine allant de 5 à 30 %.

Quoi qu'il en soit (tout en distinguant d'une part les pemphigus proprement dits dont les bulles naissent sur peau saine et les dermatites polymorphes douloureuses dont les bulles se produisent le plus souvent sur une peau déjà lésée et rouge) nous considérons comme étant une maladie de Duhring-Brocq toute affection se caractérisant par les symptômes suivants :

a) Le polymorphisme des lésions cutanées.

b) Des phénomènes douloureux divers : prurit violent, picotements ou brûlures rarement continus, survenant plutôt par paroxysme : le soir et la nuit de préférence.

c) Une bonne conservation de l'état général malgré l'étendue parfois considérable de l'éruption.

d) Tendance aux rechutes et récidives.

Nous prenons donc pour type le schéma classique de Brocq, mais nous reconnaissons que les quatre caractères morphologiques attribués par cet auteur à la maladie ne se retrouvent pas toujours au complet dans chaque cas.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Le traitement de la maladie de Duhring-Brocq a évolué depuis quelques années. En effet, en dehors des auteurs qui se bornent à un traitement purement symptomatique, de nouvelles méthodes, dites de traitement général ont fait leur apparition : l'autohémothérapie préconisée par Ravaut ; la peptone, le chlorure de calcium, l'ergotine et l'adrénaline suivant Spillmann et Watrin ; le tartrobismuthate de sodium d'après Rabello ; la radiothérapie vertébrale pour Krinsky et enfin le traitement néoarsénobenzolique qu'a défendu Milian.

Ce dernier mode de traitement avait été employé en France depuis 1919 époque à laquelle M. Darier se servait du 914 pour traiter la dermatite polymorphe douloureuse. Mais cette méthode thérapeutique semble n'avoir pris place que lentement parmi les traitements de la maladie de Duhring-Brocq ; les observations publiées à ce sujet furent assez rares jusqu'à ces dernières années : en 1921 nous relevons le nom de Lapowsky qui se servit de néoarsphénamine pour traiter une dermatite herpétiforme ; en 1923 Payenneville de Rouen publiait

deux cas de guérison de la même maladie obtenus par le novarsénobenzol et l'autohémothérapie ; en 1924 enfin Pautrier et Metzger se servaient du 914 combiné à la radiothérapie de la rate pour traiter une dermatite polymorphe douloureuse. Actuellement les composés arsénicaux organiques sont souvent employés dans le traitement de cette maladie.

Il était en effet logique de les faire rentrer dans la thérapeutique de cette affection bulleuse, car depuis longtemps l'arsenic minéral avait été préconisé et recommandé dans le traitement de la maladie de Duhring-Brocq.

Pourtant à son sujet les opinions ont bien différé : Duhring ne l'aimait guère et Brocq n'en est pas son plus chaud partisan ; il admet cependant que l'on peut l'essayer à fortes doses et prolongées et que sous forme de cacodylate il peut rendre des services. Thibierge et Legrain le préconisent peu, mais pour Darier le traitement le plus recommandé est le traitement arsenical à doses croissantes.

Chez les dermatologistes allemands l'unanimité ne s'est pas faite à ce sujet. Pourtant Jadahsonn, dès 1906, au congrès de Berne constatait que grâce à l'arsenic l'éruption disparaissait plus ou moins complètement tant que l'on donnait certaines doses de ce médicament, réapparaissant lorsque l'on cessait la médication, et suivant M^{me} Eliatscheff, Jadahsonn appelle ce phénomène un « effet spécifiquement symptomatique ».

Mais ce sont surtout les Anglais et les Américains qui prônent énergiquement l'arsenic le considérant même

comme spécifique dans les cas les plus mauvais. Pour Hutchinson, il est impossible de nier l'influence de l'arsenic, qui dans certains cas agit d'une façon tout à fait frappante et auquel l'on doit recourir vu les résultats souvent négatifs des thérapeutiques les plus modernes. Mais suivant toujours le même auteur, « il faut avoir la foi, car sans cela on manque de patience » ; aussi doit-on faire un traitement aussi prolongé qu'intense pour obtenir un résultat. Même s'il apparaît des récives après cessation du traitement, on ne doit voir dans ce fait que la preuve de l'efficacité du traitement.

Ainsi par l'arsenic, grâce au 914 intraveineux, Jahdahn nous dit avoir obtenu plusieurs cas de guérison complète dans la maladie de Duhring-Brocq et même dans le pemphigus vrai et grave ; bien que Venturi et Pellizari prétendent qu'un pemphigus qui guérit est un Duhring méconnu et qu'un Duhring ne guérissant pas est un pemphigus.

Quant à certains accidents signalés depuis longtemps à la suite du traitement arsenical : les kératodermies palmaires ou plantaires Brocq les regarde plutôt comme un symptôme se surajoutant à la maladie, les ayant rencontrés chez certains sujets n'ayant jamais pris d'arsenic.

En tout cas si par cette méthode l'on obtenait que peu de véritables guérisons, cela serait déjà d'un grand profit comme nous le dit Olga Eliatscheff, car on atténuera ainsi les souffrances chez nombre de sujets, parfois même on les guérira temporairement.

On va pouvoir du reste juger des résultats obtenus

avec le traitement arsenical (les composés organiques ayant été seuls employés) par les observations que nous allons rapporter dans les pages suivantes ; certaines observations sont inédites et nous ont été obligeamment communiquées par M. le Professeur Agrégé Sezary.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Observation 1. (*Professeur agrégé Sezary*) *Inédite*

M. Br..... Emile, âgé de 62 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} mai 1931. Il présente des lésions de la face interne des cuisses et du scrotum, datant de 1927. C'est un érythème atténué au centre avec bordures purpuriques et soulèvements épidermiques; au dire du malade, il y aurait eu des bulles. De plus aux deux jambes il existe de vastes placards erythémateux avec par place de petites érosions qui seraient des reliquats de vésicules. En 1927 la poussée aurait duré quinze jours, il n'y en a pas eu de nouvelle depuis; mais le prurit a toujours persisté.

Le 5 mai 1931, on fait une première recherche d'éosinophiles dans les bulles, qui est négative, une nouvelle recherche n'en montrera également pas. Dans le sang on a : Polynucléaires neutrophiles 84 %, Grands mononucléaires 1 %, Moyens mononucléaires 5 %, Eosinophiles 1 %, Lymphocytes 8 %, Formes de transition 1 %. On met le malade à l'hectine B, à raison de deux injec-

tions par semaine. Le 5 juin on fait une recherche de champignons, la culture n'a pas poussé le 9 ; mais des staphylocoques pousseront. Le 16 juin on remarque aux deux aisselles et dans la région pelvienne les reliquats pemphigoïdes de grosses bulles (M. Darier considère qu'il s'agit d'un impétigo bulleux), sur les mollets il y a des lésions bulleuses au milieu de lésions d'eczéma, quelques phénomènes douloureux se surajoutent sous forme de brûlures dans les régions pelviennes et inguinales. La bouche est indemne, mais il y a quelques éléments dans les oreilles. On met le malade à l'acétylarsan. Le 19 juin, un premier test ayant été déjà fait avec la solution iodo-iodurée et n'ayant pas donné de résultat concluant, un deuxième refait à cette dernière date ne donne aucune réaction. Le malade a en ce moment reçu 9 hectines et un acétylarsan, il déclare que les démangeaisons diminuent. Le 26 juin on fait une application de Lugol qui amène une légère vésiculation. Le 24 juillet une bulle apparaît dans la région sous-claviculaire droite, une autre sous le flanc droit ; le 28 juillet en raison de la longue durée de l'évolution, M. le Professeur Sézary élimine le diagnostic d'impétigo et s'oriente vers la maladie de Duhring-Brocq. A cette date il a été fait douze injections d'acétylarsan.

On fait alors un nouvel examen de laboratoire avec le liquide d'une petite bulle sous claviculaire. Le 31 juillet le nouvel examen n'a pas montré d'éosinophiles. Le 18 août le malade qui a cessé l'acétylarsan depuis une quinzaine de jours voit se produire une nouvelle apparition de bulles ; on le met alors au sulfarsénol. Au 4 sep-

tembre 1931, le malade qui est toujours au sulfarsénol n'a pas vu se reproduire de bulles depuis le 20 août. il se porte mieux et ressent seulement quelques petites douleurs dues aux piqûres de sulfarsénol.

Observation 2. (*Professeur agrégé Sézary*)

Inédite

Madame Le....., âgée de 70 ans entre à l'Hôpital pour deux ulcères de jambes remontant à plusieurs années déjà ; la guérison passagère en fut obtenue d'ailleurs par traitement médical à Amiens. A son entrée on constate :

a) sur la jambe gauche, au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne et à la face interne du tibia, un placard érythémateux de teinte légèrement violacée avec l'aspect d'une épidermophytie et de formation récente ; en outre une pigmentation discrète d'origine hémolytique. Sur ce placard existe une ulcération verticale longue de 4 centimètres environ et large de 2 avec bords nets, polycycliques, non décollés et à fond sanieux.

b) Sur la jambe droite : un placard érythémateux de teinte lilas, s'étendant du tiers moyen de la jambe à la face dorsale du pied jusqu'à la base des orteils, sur ce placard se trouvent plusieurs zones d'aspect différent : 1° A la face externe de la jambe, au-dessus de la malléole péronière une ulcération presque arrondie, ayant dans ses dimensions environ 8 sur 10 cms, à bords nets, polycycliques, non décollés et dont le fond couleur chair est peu bourgeonnant, sanieux ; 2° aux limites supé-

rieures et inférieures du placard érythémateux, une zone érythémateuse avec en plus quelques squames et des croûtes, en rapport avec une dermo-épidermite streptococcique ; 3° A la partie moyenne du placard érythémateux et sur la face interne de la jambe droite, quelques vésicules à contenu clair et d'autres à contenu purulent, certaines plus volumineuses forment des phlyctènes et des pustules ; en plus de l'aspect pustuleux banal il existe manifestement des éléments bulleux, et d'autre part, au dire de la malade, le contour arrondi qui forme la limite inférieure de la lésion a été jadis le siège d'une bulle volumineuse.

Il s'agit donc d'ulcères de jambes d'origine vraisemblablement streptococcique mais il existe en plus une affection bulleuse. Du reste la malade ressent au niveau du placard érythémateux qui porte l'ulcère de jambe et au niveau des phlyctènes, des douleurs vives et bien anormales pour une dermite streptococcique. De plus nous avons d'autres lésions des téguments : on constate l'existence de quelques bulles du volume d'un grain de raisin sur la cuisse gauche ; en outre des placards érythémato-squameux de siège différents : sur la face antérieure de la jambe gauche. au-dessus de la rotule droite dans la région fessière gauche et sur l'avant bras droit. Dans le dos sont quelques éléments croûteux plus discrets et ayant des caractères communs ; 1° Netteté des contours qui sont arrondis nettement circonférentiels et qui sont les limites d'anciennes bulles ayant précédé le stade actuel de la lésion ; 2° Aspect érythémato-squameux ; 3° Absence de suintement ; 4° Caractère pru-

rigineux et douloureux de ces lésions qui troublent le repos de la malade ; 5° Une zone périphérique croûteuse.

Enfin il y a deux éléments d'aspect différent : 1° dans la région pubienne et vulvaire existe un érythème légèrement suintant avec infiltration des surfaces qui sont arrondies et exulcérées. Il y a des traces de bulles ; 2° dans la commissure labiale droite une rhagade qui aurait été également bulleuse dans un premier stade ; tous ces éléments datent d'environ trois semaines et leur apparition n'a été accompagnée que de phénomènes subjectifs tels que douleurs et prurit, mais il n'y a aucun trouble ni aucune atteinte de l'état général. Nous avons donc les signes cliniques d'une dermatite douloureuse polymorphe. L'analyse du sang donne : polynucléaires neutrophiles 51 %, moyens mononucléaires 17 %, lymphocytes 7 %, éosinophiles 25 %. Dans le liquide des bulles on trouve : Polynucléaires neutrophiles 68 %, éosinophiles 16 %.

L'aspect des téguments est légèrement cireux donnant une impression non d'œdème, mais de bouffissure. Au cœur on a un souffle systolique de la base avec clangor du 2^e bruit ; la crosse de l'aorte et la sous-clavière sont surélevées, la tension artérielle est de 16-9 au Vaquez. Le poumon, les réflexes, le foie, les urines ne nous montrent rien d'anormal. Au point de vue familial cette malade a quatre enfants bien portants mais son mari est mort à 55 ans d'une affection qui nous est inconnue. On décide de mettre la malade à l'acétylarsan. En mars on fait de l'acétylarsan les 14, 17, 20, 24, on lui associe de l'hypo-sulfite les 27 et 30 mars. En avril on fait deux acétylar-

sans les 4 et 7, puis on l'associe à nouveau avec de l'hyposulfite les 10, 14, 18, 20; à ce dernier jour la tension au Vaquez est de 14-9. L'amélioration n'étant pas des plus rapides on va faire du sulfarsénol que l'on va associer à de l'hyposulfite. Le 24 avril on fait 6 cc. de sulfarsénol, 12 le 28, 18 le 2 mai, 24 le 5, 30 le 9, 36 le 13, 42 le 16, 48 le 20, 48 cc également les 23, 27, 30 mai ainsi que le 2 juin. Le traitement est très bien supporté et la malade s'améliore. Mais le 10 juin on constate des signes de défaillance cardiaque : les bruits sont assourdis, il y a de la tachycardie, la malade est pâle, ses lèvres sont cyanosées et elle a des râles de congestion aux deux bases, surtout à droite, la tension artérielle monte au Vaquez à 22 1/2-11. On traite alors la malade par des ventouses d'abord scarifiées, puis sèches, associées à des piqûres d'huile camphrée et à des gouttes de digitaline; le 15 juin l'état de la malade est bien meilleur et elle va sortir de l'Hôpital le 16 juin, les signes de défaillance cardiaque étant guéris et ses symptômes de dermatite polymorphe ayant disparu.

Observation 3. (*Professeur agrégé Sézary*)

Inédite

C... Lucie, 47 ans, infirmière à Cochon, entre à la salle Ducastel le 15 avril 1931 pour une éruption bulleuse récidivante. Le début en remonte à juin 1928 : à ce moment la malade a eu une éruption faite d'éléments érythémateux surmontés de vésicules apparaissant en

plusieurs poussées. Ces éléments éruptifs étaient localisés à la partie inférieure de la joue gauche et au menton. Une nouvelle atteinte se produit au mois d'août 1928 et dure quinze jours, à partir de cette date la malade a eu, à intervalles variables, tantôt de nouvelles poussées d'éléments figurés, tantôt un simple prurit localisé aux territoires cutanés où siège l'éruption. A chaque nouvelle poussée l'éruption s'étend et descend de la moitié inférieure de la face, au cou, au thorax, aux membres supérieurs, à l'abdomen, aux membres inférieurs. En septembre 1928, la malade hospitalisée à Cochin chez le Docteur Pinard, reçoit plusieurs injections de novarsénobenzol : 0,15 — 0,30 — 0,45, mais fait une crise nitritoïde après avoir reçu 0 gr. 60. On n'a pas à ce moment essayé l'emploi d'un autre sel arsénical. La dernière attaque remonte au 6 avril 1931 et l'apparition de cette dernière éruption a été précédée de signes généraux marqués : le 5 la température était de 39°, de 40° le 6.

A son entrée le 15 avril, la malade présente une éruption polymorphe généralisée composée de tâches et de plaques érythémateuses siégeant à la face, au thorax, aux membres supérieurs ; de plaques érythémateuses surmontées de vésicules, disséminées à la face postérieure du bras gauche ; de bulles à contenu clair reposant sur une peau saine, au front, au membre supérieur droit et aux membres inférieurs ; de bulles purulentes reposant sur une base érythémateuse, au tronc à la face et aux membres ; ces bulles se dessèchent donnent des croûtes reposant sur une érosion rouge-vif et laissent des macules pigmentaires que l'on retrouve surtout sur l'hypocondre

droit. L'examen de la muqueuse buccale montre des érosions ovalaires, recouvertes d'un enduit diphtéroïde siégeant sous les incisives inférieures. L'éruption est accompagnée d'un prurit, particulièrement intense le soir et la nuit. La malade ne présente aucun autre phénomène douloureux. D'autre part il n'existe aucun autre trouble de l'état général, la température est normale, l'examen ne décèle rien d'anormal au point de vue poumons, cœur, appareil urinaire et système nerveux ; il n'y a pas de troubles endocriniens apparents. Le laboratoire décèle un BW de H3 et le liquide des bulles contient 10 % d'éosinophiles. Dans le sang on a : polynucléaires 76, éosinophiles 3, grands mononucléaires 5, moyens mononucléaires 12, formes de transition 1. Au point de vue antécédents héréditaires : mère morte à 42 ans d'une maladie de cœur, les antécédents personnels ne montrent rien de tuberculeux, mais par contre la malade a une syphilis acquise ou héréditaire en faveur de laquelle on relève, outre le BW, un gros appendice xiphoïde et un écartement des incisives supérieures qui sont striées.

Le 15 avril la malade qui pèse 48 kg. 500 est mise à l'acétylarsan ; le 20 avril après avoir reçu deux piqûres les 17 et 19 la malade déclare constater une diminution du prurit ; cependant deux bulles sont apparues. Le 27 après 4 piqûres il n'existe plus aucun phénomène douloureux, bien que 1 ou 2 bulles apparaissent chaque matin. Le 29 avril malgré un 5^e acétylarsan, on a une bulle à la face interne du genou, le 30 sur le bord externe du grand pectoral, et le 1^{er} mai 2 bulles apparaissent sur la face

gauche du cou. On continue l'acétylarsan les 2, 6, 9, 13, 16, 19, 22, 25 mai en l'associant avec 1 gr. de quinine les 11 et 14 mai, 50c grs. les 16, 17, 18 mai et les 19, 22, 25 on fait en plus 10 cc. d'hyposulfite. Pourtant le 2 mai on a une bulle sur la face interne du tibia droit une bulle également les 3, 4, 5, 6 mai, le 7 mai 5 bulles du volume d'un pois, le 8 mai 2 bulles sur le cou, le 9 une sur la joue droite, du 10 au 18 une par jour de très faible diamètre. A partir du 19 la malade reçoit en plus de l'hyposulfite intra-veineux ; du 21 au 26 on a une à deux bulles par jour, les 27, 28 nouvelle poussée abondante de bulles ; le 29 mai pas de bulles. La malade est alors mise à l'hyposulfite intra-veineux seul, à raison de 20 cc. tous les deux jours et l'on poursuit ce traitement les 28, 30 mai, les 1, 3, 5, 7, 9, 11, 14 juin ; du 29 au 11 juin on a une bulle chaque matin, les 12 et 13 juin trois bulles. Pesée le 6 de ce même mois la malade accuse 51 kg. On continue toujours l'hyposulfite en l'associant le 17 juin à 2/10 de cc. de peptone, les 19, 22, 24, 26 toujours 20 cc. d'hyposulfite intraveineux mais associé à 3/10 de cc. de peptone, le 29 juin avec 4/10^e de cc. Par ce moyen la malade n'a plus de nouveau qu'une bulle par jour. Au mois de juillet on fait alors :

Le	1 ^{er}	1/2 cc.	de lait	+5/10	de cc. de peptone
Le	3	1 cc.	—	+5/10	—
Le	5	1 cc. 1/2	—	+6/10	—
Le	7	2 cc.	—	+	—
Le	9	3 cc.	—	+	—
Le	11	4 cc.	—	+8/10	—
Le	13	—	—	+	—

ce qui fait sept piqûres de lait et treize de peptone, cette dernière médication étant suivie depuis le 17 juin. Les

résultats ne dépassent pas ceux de l'association hypossulfite + peptone. Aussi on essaye les extraits de rate, dont on fait une ampoule de 5 cc. intramusculaire les 15, 17, 19, 22, 24, 27, 28, 29, 30, 31 juillet ainsi que le 1^{er} août : la malade a, à peu près, une bulle par jour environ, mais disparaissant vite. Au 2 octobre 1931, l'éruption semble sans changement depuis le 1^{er} août : quelques bulles nouvelles, un léger prurit. On continue l'extrait de rate à la malade à raison de trois injections de 5 cc. par semaine.

Observation 4 (*Professeur agrégé Sézary*)

Bulletin de la Soc. franç. de Derm. 14 novembre 1929

Résumée. — La malade, Me K..., est âgée de 35 ans. La maladie de Duhring a débuté chez elle en janvier 1926 par des bulles isolées, très douloureuses, siégeant sur la face interne de la joue gauche. L'affection s'est généralisée et est devenue typique en février 1928 (vésicules et bulles sur placards érythémateux, prurit, cuissous, éosinophilie dans le sang et le liquide des bulles). Depuis lors elle a présenté des alternatives de poussées et de rémissions incomplètes sous l'influence de traitements divers. Elle a cédé enfin à une série de 16 injections d'acétylarsan. La malade, dont l'état général est bien conservé a quitté le service le 30 mars 1929, ne présentant plus que des macules pigmentaires sur tout le corps.

Cependant on avait déjà noté en mai 1928 sur le bord gauche de la langue des lésions bourgeonnantes.

Celles-ci au début de 1929, ont l'aspect typique, de botryomycomes, masses rosées, molles, spontanément indolores, sensibles à l'occasion des mouvements de la langue, gênant la parole et l'alimentation, saignant au moindre contact... après enlèvement au galvanocautère, l'examen histologique a montré les lésions typiques du botriomycome...

A noter que sur aucune des lésions cutanées ne s'est greffé un seul botriomycome.

Observation 5. (Docteur Milian).

Revue française de Dermat. et vénéréologie, mai 1932.

Résumée. — Il s'agit d'une malade, diabétique obèse, atteinte de maladie de Duhring-Brocq avec infection secondaire streptococcique. On n'ose la traiter par le 914 en vertu des phénomènes biotropiques directs et indirects que ce médicament est capable de provoquer quelquefois. Après désinfection de la peau par des bains de permanganate, la malade prend 11 gr. de stovarsol et 49 de tréparsol. Cette médication amène une amélioration incontestable de la maladie, mais ne parvient pas à interrompre la poussée. On fait alors deux injections de 914 à 0.30 chacune. L'amélioration est proche de la guérison, malheureusement une polynévrite motrice généralisée se développe et se termine par la mort. Le diabète, la maladie de Duhring grave, l'infection cutanée furent les éléments prédisposants à l'intoxication par l'arsenic. Pour le Docteur Milian le pentavalent est

responsable de cette polynévrite chez une malade prédisposée.

Observation 6. (*Pr. Gougerot-Barthélémy et Pierre Uhry*)

Bulletin de la Société de Dermatologie, 14 mars 1929.

Une malade âgée de 16 ans, sans autres antécédents qu'un frère comitial et sans autres tares qu'un léger strabisme, a le neuf décembre 1928, un mois après trois injections consécutives de sérum antidiphthérique, une éruption polymorphe faite de deux sortes d'éléments :

1° Des larges placards érythémateux disséminés sur tout le corps et surtout sur les avant-bras, le cou et le thorax. Les placards sont rouges, à peine surélevés et à bords nets, légèrement saillants, macropolycycliques avec épaissement de l'épiderme, sans desquamation, et résultant de l'agrandissement et de la confluence de petites papules érythémateuses de 5 à 10 millimètres.

2° Des bulles de la grosseur d'un pois sur les mains et la face, au cou, légèrement prurigineuses.

L'état général était médiocre : pâleur, asthénie. La température est normale.

Mise à l'autohémothérapie, elle reçoit une première injection de 10 cc. le 21 décembre, une deuxième de 15 cc. le 25, puis fait une cure de six jours de stovarsol à la dose de 0 gr. 25 par jour. Elle présente dès la première injection, et surtout à la 2^e une recrudescence des phénomènes locaux : apparition de grosses bulles de la taille d'un œuf de pigeon, en peau saine et non douloureuses ;

la température devient oscillante atteignant 39° 8-40° 5 au moment des grosses poussées bulleuses, puis redescendant aux environs de 38°. Puis l'éruption vers le six janvier 1929 régresse : les placards érythémateux desquamant et disparaissent, quelques bulles continuent à apparaître sur le front, les genoux, les fesses, le dos, qui sont érodés ainsi que le cou et le cuir chevelu ; les muqueuses restent indemnes sauf la langue où naissent de petites bulles depuis le 17 janvier. Il y a une adénopathie inguinale gauche fortement marquée, l'éosinophilie sanguine est de 1 %, celle des bulles de 12 %.

On tente un nouvel essai de stovarsol à la dose de 0 gr. 125 par jour à partir de 1^{er} février, on provoque ainsi une légère poussée de bulles sur la langue et les membres inférieurs, qui nécessite l'arrêt de la cure au 4 février. On essaye une désensibilisation à l'arsenic en faisant ingérer des doses infimes et croissantes ; mais dès que l'on arrive à 5 mmgr. de stovarsol de nouvelles bulles apparaissent, l'état général s'altère et la température monte.

Observation 7. (*Dr. Louste-Thibaut-Racine*).

Bulletin de la Soc. franç. de Dermatologie, 8 mai 1930

Henri R..., âgé de 54 ans, est malade depuis cinq mois. Il a, en décembre 1929, une forte crise de furonculose qui a duré un mois. Au moment où ses fuoncles disparaissaient, il constata qu'il avait sur les bourses et la face interne de la cuisse droite des bulles qui se produisaient sur une peau irritée par le port d'un bandage

herniaire. A peine une bulle avait-elle disparu qu'une autre revenait : cependant, malgré ces ennuis, le malade continue son métier de violoniste. Cet état se prolonge jusqu'au 15 mars ; à ce moment apparaît une éruption sur les membres, inférieurs, puis sur les supérieurs. Vers le 20 mars elle gagne la face et la tête : le 25 mars elle est entièrement généralisée ; le malade s'alite à ce moment, il se sent fiévreux, perd tout appétit, souffre beaucoup, dort mal. Le 5 avril il entre à Saint-Louis, l'éruption se présente avec les caractères suivants :

1° Sur le tronc : en avant et en arrière, on trouve de grands placards polycycliques érythémateux disséminés ; sur ces éléments et aussi sur la peau saine on remarque des vésicules et surtout de nombreuses bulles, claires pour la plupart, atteignant le volume d'une noisette.

2° Aux membres supérieurs les éléments érythémateux sont plus discrets ; par place on remarque quelques éléments papuleux, les éléments bulleux sont par contre très nombreux, il y en a jusque sur les mains. Aux membres inférieurs les éléments érythémateux et bulleux ne dépassent pas le genou, des deux côtés.

3° A la face et au cuir chevelu il y a de nombreuses bulles disséminées, alternant avec des croûtes.

4° L'examen des muqueuses et en particulier de la muqueuse buccale n'a montré aucune lésion.

Au total c'est une éruption généralisée symétrique, polymorphe, évoluant par poussées successives et pour laquelle le diagnostic de maladie de Dühring-Brocq s'impose.

L'état général était cependant assez altéré, la tempé-

rature avoisinait 40°, le pouls était à 85, assez régulier ; ce qui frappait le plus à l'examen était l'abattement, la prostration et le délire tranquille, les conjonctives subictériques, le foie débordant d'un bon travers de doigt le rebord des fausses côtes ; les urines étaient rares et foncées. De plus l'interrogatoire permit d'affirmer l'éthylisme de cet homme habitué à de nombreux apéritifs ; ainsi s'explique cet état d'abattement prononcé. L'examen viscéral complet ne montra par ailleurs aucune modification pathologique.

L'examen du sang donna : Polynucléaires neutrophiles 55 %, mononucléaires moyens 4 %, grands 9 %, lymphocytes 12 %, eosinophiles 12 %, formes de transition 12 %, globules rouges 2800000, blancs 10200.

L'examen des bulles donna : polynucléaires neutrophiles 57 %, mononucléaires moyens 4 %, grands 9 %, lymphocytes 12 %.

BW et Hecht négatifs. Urée sanguine 0 gr. 58. Dans l'urine il n'y avait ni sucre ni albumine, l'urée était de 25 gr. 66 par litre et les chlorures exprimés en NaCl donnaient 8 gr. 31.

On décida de faire un traitement au novarsénobenzol.

Le 10 avril on fait 15 cgr. de 914 : les poussées bulleuses continuent à se succéder la température est entre 38° — 39°.

Le 12 avril : 30 cgr. de 914, l'état général est toujours mauvais ; le malade ne réagit pas. Il y a un peu de congestion des bases pulmonaires.

Le 16 avril : 45 cgr. de 914, la température est autour de 39° 5, les poussées bulleuses continuent, le malade s'alimente à peine, est très prostré.

Le 20 avril 60 cgr. de 914 : les poussées bulleuses continuent, mais moins importantes, à peine une ou deux bulles se formant par jour, la température est à 38°.

Le 25 avril : 75 cgr. de 914 : les éléments érythémateux perdent leur netteté de contour, l'ensemble des téguments de la tête aux pieds présente une coloration rouge-brun.

Et quatre ordres de faits vont attirer l'attention :

1° Sur le dos la peau s'épaissit, se laisse moins facilement plisser et présente un aspect quadrillé qui fait penser à la lichénification.

2° On remarque un peu partout des macules pigmentaires.

3° Il y a de nombreuses croûtes à l'emplacement des dernières éruptions bulleuses.

4° Le malade n'a plus de furoncles dans les régions fessière et lombaire. Il n'y a plus de bulles, sauf au voisinage de la hernie inguinale droite où il s'en produit une de temps en temps. L'état général s'améliore, l'appétit revient, la température est à 37°.

Le 2 mai on fait 75 cgr. de 914 : même état que précédemment mais température à 38°4.

Le 2 mai à la suite de l'injection de 914, la température est redescendue à 37° 5, l'état général continue de s'améliorer.

Comme on le voit l'imprégnation éthylique ne contre-indique pas le novarsénobenzol et dans cette observation de maladie de Duhring-Brocq l'amélioration ne se manifeste que pour des doses de 0,60—0,75 cgr. de 914.

Observation 8. (C. Thesleff)

Acta derm. vener. octobre 1926

L... A..., âgée de 52 ans, est la femme d'un ouvrier. Elle entre à l'hôpital le 19 décembre 1925. Au point de vue héréditaire, il n'y a rien de particulier. Il y a cinq ans son bras gauche lui démangea énormément et de petites bulles y apparurent, après cela les genoux furent atteints : des bulles y apparaissaient aussi grosses que le pouce et s'accompagnaient de prurit violent. Les bulles éclatèrent, la démangeaison cessa ; mais la patiente souffrit de très vives douleurs dans les parties de la peau où avaient siégé les lésions, tellement qu'elle ne pouvait ni dormir ni manger. Puis la dermatose gagna tout le corps ; avant que les lésions fussent cicatrisées à un endroit, les bulles se multipliaient ailleurs. Les muqueuses, la plante des pieds, la paume des mains furent toujours épargnées. La malade prétend en outre qu'elle se trouve mieux en été, son éruption cessant, mais que le mauvais temps aggrave son état ; elle a employé autrefois beaucoup d'arsenic, qui lui procurait du soulagement.

A l'examen on constate le 19 décembre 1925 que sur l'abdomen jusqu'à l'ombilic (de petites lésions sont même situées plus haut. çà et là), à la face interne des cuisses, dans la région du pubis se trouvent des parties erythémateuses surmontées de bulles et de pustules, certaines de la grosseur du pouce. En d'autres endroits se trouvent des lésions de forme urticarienne, des bulles éclatées ; des parties de peau saine séparant le tout.

Le 20 décembre 1925, le B.W. est négatif. Le 21 décembre 1925, une prise de sang donne les chiffres suivants : Erythrocytes 4.510.000, leucocytes 19.700, hémoglobine 85 %, polynucléaires neutrophiles 80.5 %, eosinophiles 1 %, monocycléaires et formes intermédiaires. 11.3 %, lymphocytes 7.2 %. Quand la malade entre à l'Hôpital le 19 décembre 1925 elle souffrait d'une infection aigue quelconque et sa fièvre pendant toute la première semaine resta à 39°.

Les 22, 29 décembre 1925, 5 janvier 1926 on fait 0.45 de néosalvarsan. Le 7 janvier 1926, le nombre des bulles a diminué, elles s'affaissent ; quelques nouvelles plus petites apparaissent rarement. Le 12 janvier 1926 on fait 0.45 de néosalvarsan. Le 16 janvier 1926, la malade est restée trois semaines sans fièvre. Une prise de sang donne les chiffres suivants : erythrocytes 4.280.000, leucocytes 19.000, hémoglobine 85 %, polynucléaires neutrophiles 53.1 %, eosinophiles 7 % mononucléaires et formes intermédiaires 14 %, lymphocytes 25. 6 %. Le 19 janvier 1926 0.45 de 914. Le 22 janvier 1926 pendant quelques temps aucune nouvelle bulle n'apparaît et le prurit est devenu plus modéré. Le 25 janvier 1926 on refait 0.45 de néosalvarsan, le 26 l'abdomen et les cuisses sont guéries, mais dans les reins et au coude gauche de petites bulles sont apparues. Le prurit se montre toujours ne disparaissant que dans les premiers jours qui suivent l'injection de néosalvarsan. Le 2 février 1926 on refait 0.45 de néosalvarsan et au 3 février 1926 la malade repart bien améliorée ayant reçu en tout 3.15 de néosalvarsan.

Observation 9. (C. Thesleff).

Acta dermat. vener. octobre 1926.

M. M..., âgé de 55 ans est tailleur. Il entre à l'Hôpital le 12 novembre 1925. Il y a à peu près 20 ans le patient a eu une forte démangeaison dans les deux creux axillaires où se formèrent des bulles. Au bout de deux mois bulles et prurit disparurent. Deux ans après, aux mêmes lieux, prurit et bulles se reproduisirent disparaissant encore après deux mois environ. Il y a 5 ans des bulles de 3-4 mm. se formaient dans les creux axillaires, sur les bras, la région de l'aîne, démangeant intensément. Le malade se rendit chez un médecin qui lui donna une pommade quelconque, et comme auparavant la dermatose disparut au bout de deux mois. Six mois après les mêmes symptômes réapparaissaient aux mêmes points, s'étant même étendus aux bras et aux jambes; au bout de trois mois tout disparaît. Après cela le malade subit de nouvelles poussées s'accompagnant de prurit, les symptômes disparaissent mais réapparaissent à des intervalles de plus en plus rapprochés. Les muqueuses, la paume des mains, la plante des pieds n'ont jamais été atteintes.

A l'examen le 13 novembre 1925, on constate dans les creux axillaires que la peau est rouge, suintante, qu'il y a des bulles larges de 3 à 4 mm. et qu'il y a des cicatrices. Dans l'aîne, sur la face interne des cuisses, sur le ventre la peau est érythémateuse et l'on y trouve bulles et cicatrices. Sur les deux paupières se trouvent des cicatrices et de plus la droite est rouge.

Le 13 novembre 1925 le Wassermann est négatif.

Le 14 novembre Prise de sang : érythrocytes 3.720.000 leucocytes 5.200, hémoglobine 75 %, neutrophiles 66 %, eosinophiles 2,1 % lymphocytes 30, 7 %, formes de transition 1,2 %.

On fait du néosalvarsan : 2 injections de 0.45, 6 à 0.60 avec des intervalles d'une semaine. Du 14 novembre au 17 décembre, la température reste normale. Après la 2^e injection, les bulles commencent à diminuer et le prurit cesse. Après la 5^e toutes bulles avaient disparu aussi le malade sort de l'Hôpital le 18 décembre 1925. Il écrit le 14 février 1926 qu'il a souffert de démangeaisons mais qu'il n'a pas revu de nouvelles bulles.

Observation 10. (C. Thesleff).

Acta dermat. vener. octobre 1926.

E. F..., fils d'un paysan est âgé de 7 ans. Il entre à l'hôpital le 16 décembre 1925. Sa maladie commença il y a à peu près six mois par une forte démangeaison aux cuisses. La peau devint rouge et des bulles de diverses grandeurs se produisirent (d'après le patient elles allaient jusqu'à la grandeur d'une demi pomme de terre). Les bulles démangeaient et éclataient, de nouvelles se produisaient tout le temps, les articulations des pieds, la région du périnée, les coudes et le cou furent atteints ; mais les muqueuses, la paume des mains et la plante des pieds étaient indemnes.

A l'examen le 16 décembre 1925, on constate que la

peau est lichénifiée aux articulations des pieds, à la face interne des cuisses, au pénis, dans les creux axillaires et au cou. On voit dans ces parties de peau de petites bulles, des pustules, des papules rougeâtres, et des placards urticariens. La peau est indemne entre les parties atteintes.

Le 17 décembre 1925, B.W. négatif. Le 19 décembre 1925, une prise de sang donne les résultats suivants : érythrocytes 3.600.000, leucocytes 7.600, hémoglobine 70 %, neutrophiles 39,9 %, éosinophiles 10 %, mononucléaires et formes intermédiaires 8,4 % lymphocytes 39,3 %. Le 19 décembre 1925 et le 26 décembre 1925 on fait 0.20 de néosalvarsan. Le 24 décembre 1925, de nouvelles et nombreuses bulles se sont formées au cou ; aux autres parties atteintes, l'éruption est moindre et plus sèche, le prurit insignifiant. Le 2 janvier 1926, 0.20 de 914. Le 7 janvier 1926 de nouvelles poussées de bulles ont lieu, elles sont de la grosseur d'un pois ou même d'un haricot, siégeant au cou, autour de l'œil droit et de la bouche, dans la région inguinale, qui est très atteinte. Il y a peu de prurit.

Les 9 et 16 janvier 1926 : 0.20 de 914. Le 22 janvier 1926, l'état est bien meilleur, quoique de nouvelles bulles apparaissent toujours. Les 23, 29 janvier 1926 et 6 février 1926 : 0.20 de 914. Le 12 février 1926 toujours des bulles autour de la bouche, celles de la région inguinale où la peau est lichénifiée ont à peu près disparu. Le 16 février 1926 l'amélioration se poursuit, seules subsistent quelques bulles autour de la bouche, le malade a reçu 1 gr. 6 de 914. La fièvre qui était entre 38° 4—

38° 6 du 30 décembre 1925 au 14 janvier 1926, baisse autour de 37° 4 après cette dernière date; depuis le 14 février 1926, il n'y a plus du tout de fièvre. Il y a eu peu de prurit pendant tout le séjour à l'hôpital.

Observation 11. (C. Thesleff).

Acta dermat. vener. octobre 1926.

R. J..., âgé de 19 ans est voiturier. Il ne présente rien de particulier au point de vue héréditaire. Il y a trois ans. il ressentit dans la région des hanches de la démangeaison et au bout d'une semaine des efflorescences rouges se produisirent; au centre de ces dernières des bulles. Peu à peu les mêmes lésions se retrouvaient aux bras, au dos, aux jambes et au visage. Le malade reçoit de l'arsenic, la maladie s'améliore, mais récidive en février 1925 les lieux de prédilection sont les creux axillaires et la face interne des cuisses; ces lésions s'accompagnent d'un prurit extrême. L'éruption disparaît en été grâce à des bains de soleil (?), mais récidive en novembre; le malade maigrit et rentre à la clinique le 16 janvier 1926.

On constate que la peau de l'abdomen, du dos et des bras est recouverte de plaques rougeâtres, irrégulières, mais rangées annulairement sur l'abdomen. Sur ces lésions siègent des vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois, il y a également des formations croûteuses. Il n'y a rien au visage. La région de hanches, celle des creux axillaires est fortement pigmenté. Le 19 janvier 1926, le B.W. est négatif. Une prise de

sang donne les résultats suivants : erythrocytes 4.940.000 leucocytes 5.800, hémoglobine 85 %, polynucléaires neutrophiles 61 %, eosinophiles 10,3 %, mononucléaires et formes intermédiaires 5 %, lymphocytes 23,6 %.

Le 19 janvier 1926, on fait 0.6 de 914. Le 26 janvier 1926, l'éruption de l'abdomen et des bras est améliorée et même en partie disparue. A la poitrine une éruption urticarienne, prurigineuse est apparue, ainsi que des bulles isolées. Le 30 janvier 1926, 0.6 de 914. Le 3 février 1926, l'éruption continue de s'améliorer, pas de nouvelles bulles, pas de prurit. Le 4 février 1926, 0.6 de néosalvarsan, le malade est renvoyé. Le 19 février 1926, le malade revient pour faire continuer son traitement ; au front et à l'avant-bras droit quelques bulles sont apparues grosses comme une tête d'épingle ; au dos se trouve également un petit groupe de bulles ; la poitrine et l'abdomen sont libérés et il n'y a pas de prurit.

Observation 12. (*Professeur agrégé Sézary*)

Inédite

Madame B..., travaillant dans une usine de caoutchouc est âgée de 43 ans. Elle rentre à l'hôpital pour une éruption prurigineuse siégeant sur tout le corps.

Vers le 20 décembre 1927, elle a remarqué quelques boutons rougeâtres au niveau des bras ; puis l'éruption s'étend au thorax, à l'abdomen, à la face interne des cuisses. L'éruption est très prurigineuse, principalement

la nuit. La malade consulte un médecin, qui diagnostique un zona. Le 4 janvier apparaît sur la face antéro-interne des cuisses, des bulles de la dimension d'une noisette. Au bout de 3 ou 4 jours elles s'affaissent en montrant un liquide citrin. A leur place siège une ulcération. D'autres quilles identiques apparaissent à d'autres points et suivent une même évolution. Inquiétée par cette éruption prurigineuse, la malade vient consulter et elle est hospitalisée le 18 janvier 1928.

A l'examen on constate une éruption siégeant sur l'abdomen, la face antéro-interne des cuisses, la face postérieure des bras; il y a aussi quelques îlots sur le thorax. La face, les mains, le dos en partie ainsi que les jambes et les pieds sont respectés entièrement. Cette éruption d'aspect très polymorphe repose sur un fonds érythémateux. Sur la face interne des cuisses sont de grosses bulles, dont une de la taille d'une noisette; dans la même région il y a de nombreuses ulcérations produites par la rupture des bulles. Il existe dans les autres régions des placards papuleux et papulo-squameux, parfois groupés en placards marginés. L'éruption a des contours déchiquetés, irréguliers avec un rebord particulièrement net aux avant-bras. On note une légère élévation de température sur les placards. L'éruption ne disparaît pas à la vitropression, seul le fonds érythémateux disparaît. Il n'y a pas de prurit marqué, pourtant on trouve de nombreuses lésions de grattage. La peau des jambes et des avant-bras est infiltrée. A l'examen de la muqueuse buccale, on trouve de la glossite médiane losangique et d'après la malade cette lésion

daterait de quelques jours après le début de l'éruption, elle n'est pas douloureuse.

Le cœur, les poumons, le foie, la rate, le système nerveux sont normaux, Il n'y a ni sucre, ni albumine dans l'urine; l'urée est de 0,25; la tension artérielle est de 13-5. Au point de vue antécédents, la malade se rappelle avoir eu la varicelle, un ictère à 21 ans et une poussée d'urticaire en avril 1927; elle n'a eu ni enfants, ni fausses couches.

On décide de faire un traitement bismuthique : le 21 janvier 1928 avant tout traitement se produit une nouvelle poussée; les 25, 28, 30 la malade a une injection de muthanol. Le 21 janvier 1928, insomnie et extension de l'éruption sur les jambes avec atteinte du creux poplité; de grosses bulles apparaissent sur les cuisses. Le 30, précédées de 24 heures par une poussée aigue (caractérisée par l'extension des placards sous forme erythémateuse) apparaissent de nombreuses bulles ou vésicules sur les placards, bulles s'accompagnant de quelques symptômes douloureux. Le 31 janvier 1928 on constate la présence de vésicules sur les bras. Le 1^{er} février 1928, nouvelle poussée de bulles sur les cuisses avant la piqure de bismuth; les bulles ayant apparu le 31 se sont affaissées sans rupture de la couche épidermique. Le 2 février 1928 on remarque une vésicule, non douloureuse, sur la voûte palatine; l'extension continue sur les jambes. Le 3 février 1928, dans la nuit, apparition de 3 bulles sur la cuisse droite, d'une sur la gauche, l'insomnie est presque complète. Le 4 février 1928 cinquième injection de muthanol, l'éruption s'étend

légèrement, de nouvelles bulles apparaissent, mais en nombre bien moins important qu'il y a quelques jours; la température augmente les lendemains d'injections. Le 7 février 1928, l'éruption semble en voie de décroissance; le 9 février 1928, légère poussée bulleuse sur les cuisses et les jambes, apparue le lendemain de la piqûre de muthanol. Le 28 février 1928 la malade a reçu depuis le 15 sa 8^e injection de muthanol. La première datant du 25 janvier; le 15 au soir elle a eu une poussée fébrile suivie le 17 d'une poussée d'éléments éruptifs qui se calme actuellement. Mais depuis le 20 février 1928 la malade a reçu du 914 : 15 cgr. le 20, 30 cgr. le 22, 45 cg. le 25. Le 1^{er} mars, nouvelle poussée d'éléments : quelques bulles sur le membre inférieur, quelques vésicules sur les membres supérieurs. Il y a de l'érythème de la face. Le 6 mars, une bulle apparaît sur peau saine au membre supérieur avec quelques placards érythémateux. Au 10 mars, la malade a reçu 0.90 et par trois fois 0.45 de novarsénobenzol, aussi on ne voit aujourd'hui que de très rares bulles et l'éruption est bien moins fournie. Le laboratoire montre l'éosinophilie très marquée des bulles. Le 17 mars 1928. il y a dans l'ensemble une amélioration notable, mais sur le genou deux éléments sont apparus ressemblant à de la pyodermite. Le 27 mars 1928 il n'y a plus eu depuis deux jours de nouvelles bulles, mais un peu de prurit sur les éléments croûteux.

L'amélioration se maintient et la malade peut sortir le 18 avril de l'hôpital.

Observation 13. (A. Krynski).

Dermat. Wochenschr, 12 octobre 1929.

Résumée. Madame R. F..., âgée de 44 ans, a six enfants bien portants. Il y a 8 ans, elle souffrait de l'estomac et deuis 3-4 ans de douleurs rhumatismales dans les jambes. Depuis deux ans elle est atteinte d'une affection de la peau.

Le 12 janvier 1928, à son entrée à l'hôpital, on constate que la malade est dans un état général assez bon. l'Examen des organes, celui des urines ne révèle rien d'anormal. Une prise de sang donne : hémoglobine 3.5 % erythrocytes 4.700.000, leucocytes 5.200. neutrophiles 52 %, eosinophiles 6 %, lymphocytes 33 %, monocytes 9 %.

Dans le dos se trouvent des groupes d'efflorescences avec tâches érythémateuses et boutons (bulles); deux nouveaux foyers dans la région hypogastrique, sur les cuisses des groupes atteignant la grosseur d'une noix et une cicatrice de ces mêmes lésions à la fesse droite. Tout le corps, et dans une moindre mesure les extrémités, est parsemé de groupes de tâches brunes et dépigmentées.

Le 17 janvier 1928 on fait 0.30 de néosalvarsan, la fièvre augmente, la malade a des frissons et des vomissements.

Le 25 janvier 1928, on refait 0.15 de néosalvarsan, on a ensuite une réaction véhémement et l'on décide de ne pas continuer le 914.

On va alors faire de la radiothérapie vertébrale qui tout en occasionnant des réactions fera petit à petit

disparaître les lésions, espacera les poussées, calmera le prurit.

Le 10 avril 1928, après trois insolation Roentgen, la malade se sent bien mieux et elle est tout à fait guérie.

Observation 14. (*Ch. Laurentier*).

Annales de Dermatologie février 1926.

Résumée. — C'est en juillet 1925 que le malade entre à l'Hôtel-Dieu de Toulouse dans le service du Professeur Audry. Il présente un syndrome caractérisé par :

1° Des douleurs d'intensité variable revêtant le plus souvent, mais pas toujours le type arthralgique, sans relation avec l'intensité des phénomènes éruptifs.

2° Une éruption polymorphe : papuleuse, bulleuse, pustuleuse, échtymateuse, herpétiforme siégeant principalement aux membres.

3° Une évolution par poussées successives, sans trouble manifeste de l'état général.

Ce sont en somme les symptômes que Brocq a assigné là sa dermatite polymorphe à poussées successives. Il n'y a pas d'éosinophilie sanguine.

Le malade à son entrée est traité par du néoarsénobenzol intraveineux ; il n'y a aucune amélioration mais une nouvelle poussée bulleuse a lieu lors de la quatrième piqûre qui est de 0,60 cgr.

C'est l'autohémotransfusion qui donne les meilleurs résultats, car les douleurs diminuent d'intensité, les bulles deviennent discrètes et le malade peut quitter le service sinon guéri, du moins très amélioré.

Observation 15. (*Professeur Gougerot*).

Bulletin de la Soc. franç. de Dermat. novembre 1930.

En juillet 1929 la malade âgée de quinze ans se fait accidentellement une plaie au front qui s'infecte. L'impétigo qui en résulte est guéri au bout de deux mois environ.

En novembre 1929 se manifeste au voisinage des oreilles une dermatose croûteuse, suintante, prurigineuse, étiquetée eczéma. Avec des améliorations et des rechutes elle persiste tout l'hiver. Puis à la fin de mars 1930 apparaît de l'adénopathie retro-auriculaire. Le médecin appelé à cette occasion décide de faire le douze mai une vaccination antityphoparatyphique. Celle-ci est suivie trois jours plus tard d'une vive poussée éruptive suintante peu prurigineuse, qui envahit le cuir chevelu. A la mi-juin l'éruption s'étend à la face en même temps que des bulles inégales de 5 à 15 mm. de diamètre apparaissent au dos des mains puis au tronc et aux cuisses.

La malade entre le 30 juin à la salle Bazin, elle a des bulles de taille et d'âge différent : les unes claires, les autres infectées ou remplacées par des croûtes. Entre ces bulles existent non de l'eczéma mais des placards rouges vifs de 4 à 25 mm. de diamètre suintants, inégaux légèrement infiltrés sans bords nets, ni vésicules. On note en outre une certaine altération de l'état général. La réaction de Wassermann est négative.

Au traitement local on associe l'autohémothérapie et le 914. L'amélioration est rapide, mais le 11 juillet l'in-

jection de 0,45 de 914 détermine un mouvement fébrile à 38° et dans les jours suivants une nouvelle poussée érythémateuse suintante, mais non bulleuse.

On suspend alors AS, poursuivant les soins locaux et l'autohémothérapie. Au bout d'une quinzaine (27 juillet 1930) la poussée se calme mais les placards érythémateux sont devenus squameux. Les squames fines ou épaisses, adhérentes ou en voie d'exfoliation recouvrent une peau tendue, brillante, sans vésicule d'eczéma. Les placards sont rouge vif avec des bords estompés.

Le 8 août on reprend cette fois sans inconvénients, les injections de 914 de 0,15 à 0,60. Elles sont sans action sur les lésions que du Baume Baissade décape et améliore rapidement.

La malade sort le 22 août 1930 très améliorée, non guérie complètement, conservant à la face, au cou, entre les seins, aux aines, des placards rosés légèrement squameux. Ce quadrillage épidermique nettement accentué semble un début de lichénification, mais il ne s'accompagne pas d'infiltration, ni de prurit.

Observation 16. (*Professeur agrégé Sézary*).

Inédite

Madame B..., Josepha, âgée de 25 ans est cuisinière. Elle entre dans le service le 25 février 1929 pour une affection que l'on reconnaît être une dermatite polymorphe de Brocq-Duhring.

Le début en remonte à environ six semaines. La ma-

lade toussait et avait mal à la gorge. Elle applique alors autour de son cou des compresses d'alcool à brûler et elle se frictionne également le dos du thorax et la figure avec le même produit. Le lendemain, la malade éprouve une sensation intense de cuisson sur les surfaces qu'elle a frictionnées la veille et qui sont devenues très rouges ; elle a 39° de température des sueurs abondantes et elle est obligée de s'aliter. Quatre jours après des bulles énormes apparaissent sur la figure et le cou puis procédant par poussées, séparées entre elles par quelques jours d'intervalles, d'autres bulles gagnent le thorax, l'abdomen, le membre supérieur et les membres inférieurs ; chaque poussée s'annonçant par un prurit intense. Enfin, depuis son entrée dans le service, de nouvelles bulles sont apparues sur le haut du visage de la malade ; mais en dehors de l'angine initiale, il n'y a aucun autre phénomène buccal.

A l'examen on constate sur le front et à la racine des cheveux de nombreux éléments bulleux de dimensions variables contenant un liquide citrin renfermant des éosinophiles ; tout autour se trouvent des éléments desséchés surmontés de croûtes. Sur le bas de la figure et autour de la bouche existent des éléments en voie de résorption, érythrodermiques. Sur le cou, le thorax, l'abdomen il y a des éléments en voie de dessiccation et de cicatrisation. Les lésions cutanées prédominent aux membres inférieurs où se trouvent des nappes érythémateuses très étendues sur lesquelles reposent des bulles de dimensions variables : les unes grandes comme une lentille, d'autres comme une noisette ; certains éléments

sont infectés, pustuleux ; enfin il y a des plaques d'infiltration étendues, saillantes, rouges et douloureuses au palper. Aux aines : plaques érosives, infectées ; aux membres supérieurs, lésions identiques.

Donc polymorphisme des lésions dont les plus récentes sont bulleuses, les plus évoluées : pustuleuses, croûteuses ou simplement érythrodermiques. Il y a une assez forte adénopathie dans l'aine et les aisselles.

L'examen du cœur, des poumons, du foie de la rate ne décèle rien d'anormal. Le 3 mars 1929, après avoir ressenti des brûlures intenses et douloureuses, la malade voit apparaître de nouvelles bulles sur la plante des pieds, les cuisses, les bras : ces bulles sont volumineuses. La température est montée ce même jour à 40 ° 4.

Au point de vue traitement on décide de faire localement du précipité blanc et comme traitement général des injections de novarsénobenzol. On fait ainsi successivement en mars : le 6, 0,15 de 914 ; 0,30 le 9 ; 0,30 le 16 ; 0,45 le 22 ; 0,60 le 26 ; 0,60 le 29 ; 0,60 également le 4 avril. Jusqu'au 15 mars le traitement se poursuit bien ; mais à cette date se produit une nouvelle poussée bulleuse, on continue néanmoins le traitement et le 2 avril toutes les bulles sont desséchées et les érosions sont en voie de cicatrisation. Au 12 avril, la malade qui a totalisé 3 grammes de 914 depuis le quatre avril voit tous les éléments se cicatrifier, tout en laissant des traces pigmentaires. Elle sort de l'hôpital, son état général étant excellent.

Observation 17. (*Professeur agrégé Sézary*).

Inédite

Madame Va.... La malade âgée de 37 ans entre dans le service pour une éruption généralisée dont le début remonte au mois d'août 1932. A ce moment elle a présenté des bulles sur le voile du palais, les gencives, la face ; les bulles du voile du palais étaient surtout douloureuses lorsqu'elles s'effaçaient. Elles survenaient irrégulièrement mais de telle façon que la malade avait toujours des bulles en évolution. Jusqu'en janvier 1933, l'éruption resta discrète et localisée derrière l'oreille ; mais à partir de cette date la malade présente du prurit généralisé et au cours du même mois une plaque et des bulles sur la cuisse gauche ; puis l'éruption va se généraliser aux membres. Vue en février par le Docteur Jeanselme elle reçoit 5 piqûres d'arsenic, mais s'en tient à ce traitement. Aussi depuis le 18 mars l'éruption est absolument généralisée, prédominant sur les fesses, les cuisses et les membres supérieurs.

A son entrée dans le service, le 28 mars, l'éruption est caractérisée :

1^o Par des bulles de taille variable ; certaines étant comme une pièce de deux francs, d'autres sont plus étendues par suite de la confluence de plusieurs d'entre elles. Elles apparaissent surtout sur une base érythémateuse, quelques unes en peau saine : les plus récentes sont claires mais d'autres affaissées contiennent un liquide purulent et certaines sur la main droite du sang. Les plus anciennes sont recouvertes par des croûtes

épaisses constituant des placards étendus, comme au coude gauche, mais d'autres sont à vif donnant des érosions saignantes et confluentes alors que certaines se sont simplement affaissées. Elles siègent : sur toute la face, sur le palais et la face interne des lèvres et des joues où se trouvent nombre de bulles récentes, sur le cou, sur le tronc où se trouvent de nombreuses croûtes à la partie supérieure, sur les seins où sont d'énormes bulles ulcérées et saignantes, sous les seins où des bulles à tous les stades siègent sur des placards érythémateux, dans le dos où il y a quelques bulles et traces de bulles, sur les fesses où elles sont nombreuses, sur les cuisses, les jambes et les pieds où l'on a des bulles à tous les stades.

2° Par des placards sur lesquels il n'y a pas de bulles : sur la jambe droite ce sont des placards érythémato-papuleux, sur la cuisse gauche des placards pigmentés irréguliers, sur la cuisse droite des placards papuleux, sur le front des taches érythémateuses légèrement surélevées, infiltrées à la palpation et squameuses à leur surface.

D'autre part, la malade dort la nuit, ne souffrant plus du prurit intense qu'elle ressentait il y a encore quelques jours ; sa température oscille de 38° à 39°5 et elle est constipée. L'examen des poumons, du cœur, de la tension artérielle, du foie, de la rate, des réflexes ne nous montre rien d'anormal mais le pouls est rapide et les urines sont rares et foncées car la malade est très fatiguée n'ayant consenti à abandonner son travail qu'au début du mois dernier.

Le 29 mars on fait une prise de sang dont l'analyse donne les détails suivants : polynucléaires 62 %, éosinophiles, 12 1/2 %, grands monocycléaires 1/2, moyens mononucléaires 12 %, lymphocytes 12 %. L'analyse du liquide des bulles donne surtout des lymphocytes, quelques polynucléaires neutrophiles et de nombreuses chainettes ayant la morphologie du streptocoque.

On institue un traitement au novarsénobenzol et le 29 mars la malade reçoit 0,15 cgr. de 914, 0,30 cgr. le 31 mars, le 4 avril : 0,30 cgr. Le 5 avril survient une nouvelle poussée bulleuse sur la face ; les bulles apparaissant en peau saine et sans halo érythémateux. Un nouvel examen de sang montre encore 12 % d'éosinophiles, le liquide des bulles réanalysé montre des cocci en chainettes et à Gram positif ; deux cuti-réactions au Bromure et à l'iodure sont négatives. On continue le même traitement et le 7 avril on fait : 0,30 de 914, le 10 : 0,30 le 13 : 0,45 ; le 20 : 0,45 ; ce même jour on a une poussée fébrile le soir.

On continue le 25 avril : 0,45 ; le 2 mai : 0,45 ; le 8 mai : 0,45 ; le 15 : 0,45, mais ce même soir on a une ascension de la température ; le 22 mai on fait encore 0,45 cgr. de novarsénobenzol ; cette dernière piqure ne provoque qu'une légère température. Les symptômes s'atténuant, la malade sort le 13 juin de l'hôpital bien améliorée.

Observation 18. (*Professeur Gougerot*).

Presse médicale 6 décembre 1930.

Une jeune fille de 18 ans nous est amenée par sa famille qui commence à s'inquiéter : le médecin a diagnostiqué des pyodermites et la traite pour ces infections ; mais les lésions loin de guérir se multiplient sur tout le tégument depuis deux ans et envahissent la bouche et même les conjonctives.

En effet cette jeune fille a disséminé sur tout le corps une centaine au moins de lésions croûteuses ou pustuleuses qui ressemblent à des *echtymas* : c'est l'aspect jaunâtre ou jaune brunâtre, ou brun noirâtre des croûtes d'*echtyma* ; certaines croûtes sont ourlées d'un soulèvement bulleux contenant du pus et aurolé de rouge. Si on enlève les croûtes ou si l'on excise ces bords pustuleux, on découvre un épiderme exulcéré rouge, suintant du séropus ; à côté des *echtymas*, on découvre des placards rouges de 10 à 50 mm. à bords diffus, des papules rosées d'urticaires, de petits vésicules d'eczéma, isolées ou réunies en archipels irréguliers et surtout des exulcérations arrondies de 5 à 20 mm. avec des débris épidermiques. Ce doivent être des débris de bulles, mais les réponses de la malade et de sa famille sont si confuses qu'on ne peut rien affirmer. Sur la muqueuse de la bouche, on aperçoit trois érosions de 10 à 12 mm. arrondies, recouvertes d'un enduit jaunâtre très fin. Sur la conjonctive droite on découvre une érosion semblable de 5 mm. à la face muqueuse de la paupière inférieure et tout l'œil est congestionné rouge, douloureux. Nous

posons le diagnostic de dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Duhring. Nous ordonnons une cure de 914

Dès la première injection de 0.15 le 2 mai, la température monte à 38°9 et des bulles nombreuses apparaissent, le médecin nous téléphone demandant à cesser le 914 qui l'inquiète, lui et la famille. J'insiste, on refait le 5 mai 0,10 de 914, la température remonte à 38° 8 et des nouvelles bulles explosent, la famille s'insurge, le médecin m'avoue préférer l'arrêt de l'arsenic, et vraiment ils semblent avoir raison. Au contraire nous exigeons la continuation du 914 : 0,15 redonne 38° 4 de fièvre, mais 0,30 ne produit que 37° 6 et 0,45 laisse la température normale à 37°4. A partir de ce moment le 914 est désormais toléré, les bulles cessent et se cicatrisent, le prurit et les douleurs s'éteignent, l'état général s'améliore, la malade engraisse, dort, ne souffre plus, tout le monde est content. Donc l'apparente intolérance au 914 a cédé en continuant ce traitement, répétant les petites doses pour éviter les grandes poussées et en augmentant ces mêmes doses cela malgré les poussées et la fièvre.

Observation 19. (Docteur Milian).

Revue franç. de Derm. et vénéréol. n° 11 1930.

Dans cette observation de maladie de Duhring-Brocq, le malade est entré le 19 mai 1925 à l'hôpital. On lui fait un traitement au novarsénobenzol. Le 27 mai, il reçoit 30 cgr. de 914 ; 45 le 1^{er} juin ; 45 le 6 ; 45 également le

11 juin. Ce même jour, vers quatre heures de l'après-midi, la température monte à $40^{\circ}2$ et de quatre à huit heures le malade a cinq selles aqueuses. On lui donne alors XC gouttes d'adrénaline par jour. Les lésions disparaissent petit à petit dans les jours qui suivent. Le 17 juin on ressaye 30 cgr. de 914, le malade ressent un frisson violent, a des douleurs lombaires, le lendemain se manifestent du prurit et des douleurs vésiculaires, sans ictère. La dermatite polymorphe a disparu. Le 8 juillet on fait 30 cgr. de 914, le malade a de la céphalée de la congestion de la face et une température qui monte à $39^{\circ}8$. On lui donne alors XX gouttes d'adrénaline par la bouche et on lui fait une intra-musculaire d'un milligramme du même médicament. Le lendemain la température est redescendue à la normale et les troubles sont dissipés. Le 11 juillet le malade sort guéri. Hospitalisé à nouveau le 3 mars 1926, il raconte qu'il a présenté quinze jours après sa précédente sortie de l'hôpital une nouvelle poussée de bulles et de vésicules.

CHAPITRE V

RESULTATS ET ACCIDENTS DU TRAITEMENT

Quelles sont les déductions à tirer des dix neuf observations que nous rapportons ici et où tous les malades atteints de maladie de Duhring-Brocq ont été traités par l'arsenic.

Tout d'abord nous voyons que les divers auteurs cités ont tous employé des composés arsenicaux organiques qui leur permettaient ainsi d'administrer aux malades des doses de médicament qui n'auraient pu être atteintes avec l'arsenic minéral employé jadis, car sous cette dernière forme la toxicité de l'arsenic est énormément plus élevée.

Mais d'autre part deux classes différentes de composés organiques ont été employés : les trivalents et les pentavalents. A ces derniers se rapportent les six premières observations et nous voyons que dans les deux premières le traitement par l'acétylarsan put se poursuivre normalement, sans accidents ; mais l'amélioration étant lente. M. le Professeur Sézary fit faire dans les deux cas une cure complémentaire de sulfarsénol, qui bien suppor-

tée après les cures primitives d'acétylarsan amena la guérison des malades. Dans la troisième observation, l'acétylarsan quoique bien supporté n'amena pas de rétrocession nette des symptômes de la dermatite polymorphe douloureuse et comme une crise nitritoïde, antérieure à l'époque où l'on traitait la malade contre-indiquait l'emploi des arsénobenzènes, M. le Professeur Sézary institua diverses thérapeutiques de désensibilisation parmi lesquelles l'extrait de rate en injection s'avéra de beaucoup la meilleure. Dans la quatrième observation seize injections d'acétylarsan triomphèrent d'une maladie de Duhring-Brocq rebelle. Dans la cinquième observation due à M. Milian, les composés pentavalents semblent avoir déterminé une polynévrite généralisée suivie de mort et ce chez une prédisposée. Dans la sixième observation la malade se montra intolérante à l'arsenic qui lui fut du reste supprimé.

En somme — tout en comprenant cette sixième observation où l'intolérance se serait montrée tout aussi bien pour les arsenics trivalents que pour les arsenics pentavalents - nous pouvons dire que dans la moitié des cas traités avec l'acétylarsan, on a une amélioration des symptômes de la maladie de Duhring, mais que cette amélioration est lente. Quant au traitement, bien qu'il puisse se poursuivre sans incidents dans les trois quarts des cas, nous voyons pourtant une polynévrite généralisée (accident rarissime, il est vrai) succéder à l'administration par voie buccale de stovarsol et de tréparsol.

Mais les résultats ainsi obtenus n'en sont pas moins utilisables, car avec les composés pentavalents nousne

rencontrons aucune des réactions si fréquentes avec l'emploi du novarsénobenzol et même des malades intolérants à ce dernier médicament (Obs. III) peuvent supporter, sinon bénéficier d'une cure faite avec un composé pentavalent, l'acétylarsan par exemple.

Le novarsénobenzol, composé trivalent, a été employé dans les treize observations suivantes (7 à 19) ; mais s'il n'amena aucune amélioration dans trois d'entre elles où il fut remplacé par la radiothérapie vertébrale (Obs. 13) et l'autohémothérapie (Obs. 14 et 15) par contre dans les dix autres observations, soit environ les quatre cinquièmes des cas traités, l'amélioration des symptômes se poursuivait assez rapidement, plus vite nous semblait-il qu'avec le traitement précédent. Mais ces cures de 914 s'accompagnèrent d'accidents, fréquents du reste, puisque nous les retrouvons dans neuf observations sur treize citées, soit environ les trois quarts des cas ; seuls les malades des observations 7, 8, 9, 10 semblent avoir été épargnés.

Ces accidents qui se produisent dès que l'on arrive à injecter aux maladies de Duhring des doses de novarsénobenzol atteignant 0,45 — 0,60 cgr. (on les rencontre également pour des injections de 0,20 ou 0,30) sont parfois assez véhéments pour effrayer non seulement le malade mais même le médecin. Ils se caractérisent par des frissons, une augmentation de température pouvant aller jusqu'à 40°, de la céphalée, parfois des vomissements, une augmentation de volume des bulles et surtout de nouvelles poussées bulleuses, souvent intenses ;

enfin dans l'observation 19 cette intolérance semble bien se rapprocher de la crise nitritoïde. Néanmoins, pour Milian ces phénomènes ne sont que de la pseudo- intolérance, de simples réactions de conflit thérapeutique dont on doit triompher en continuant l'arsenic, à moins que l'état général ne soit alarmant; cependant vu parfois la violence de ces réactions, certains auteurs préfèrent suspendre l'arsenic (obs. 13, 14, 15); mais avant de se résoudre à cette alternative, il semble que l'on peut essayer la méthode de Ravaut : injecter le 914 en solution dans l'hyposulfite de soude, et ainsi si l'on ne supprime pas complètement les réactions dues au novarsénobenzol on les atténuera tout au moins.

Quoiqu'il en soit de ces accidents dont la violence peut être plus ou moins forte, leur fréquence et leur mode toujours identique tendraient à nous les faire regarder comme caractéristiques du traitement de la maladie de Duhring-Brocq par le novarsénobenzol, si nous ne savions que ce même traitement provoque les mêmes accidents dans le *lupus erythémateux*.

Enfin dans l'observation dix-neuf nous voyons se produire une récurrence de la maladie malgré un traitement au 914 fait de façon énergique; cela ne nous surprend pas car l'expérience montre que comme toutes les dermatoses bulleuses, la maladie de Duhring est une affection essentiellement récidivante et que certains cas de cette maladie n'ayant reçu qu'une seule cure de novarsénobenzol, comme dans cette observation, récidivent. D'après M. le Professeur Gougerot, pour pré-

venir ces récurrences il faudrait soumettre les dermatites polymorphes à des cures arsenicales préventives et ce deux fois par an pendant deux ans.

Tels sont donc les résultats que nous avons pu observer dans ces dix neuf observations de maladie de Duhring traitées par l'arsénothérapie.

CONCLUSIONS

Nous pouvons donc avancer d'après ce qui précède que l'arsénothérapie employée comme traitement de la maladie de Dühring-Brocq s'est montrée efficace dans les deux tiers des cas traités.

Mais, nous devons faire une discrimination entre les deux classes de composés arsenicaux employés pour le traitement : les trivalents et les pentavalents. Chacun d'entre eux ayant en effet ses avantages comme ses inconvénients.

A. Avec les trivalents l'amélioration est rapide dans la plupart des cas ; mais ces médicaments occasionnent des réactions-complications assez vives et ce dans les trois quarts des cas de maladie de Dühring-Brocq où on les emploie.

B. Les composés pentavalents ne donneraient un résultat que dans la moitié des cas et de plus l'amélioration semble moins rapide qu'avec le traitement précédent ; mais ils n'occasionnent aucune réaction pour ainsi dire et peuvent être mis à profit par des malades intolérants aux arsenicaux trivalents. Donc, tout en paraissant moins bons, les résultats obtenus avec l'arsenic pentavalent n'en sont pas moins utilisables et précieux.

Vu le Doyen,
ROUSSY.

Vu le Président,
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALMKVIST (J.). — Dermatite Herpétiforme de *Duhring* traitée par la pyrétothérapie. (Acta dorm. venereol.-Upsala 1920-1-463°).
- BALZER, MILLIER. — Dermatite Herpétiforme de *Duhring* localisée à la jambe gauche. (Soc. française de dermatologie, 1908, p. 251).
- BARROIS. — Contribution à l'étude de la maladie de *Duhring* infantile. (Thèse de Paris 1900-1901).
- BERNHARDT (R.). — Polska gaz. lek. (juillet 1928 et février 1932).
- BODDANOVITCH (S.-A.). — Contribution à l'étude de la Dermatite Herpétiforme de *Duhring*. (Sovietsky Vestnik Venerologii Dermatalogii, Moscou, 1932).
- BROCQ. — *Annales de dermatologie* 1898.
— *Pratique dermatologique* 1919.
— *Cliniques dermatologiques* : 1^{re} série, 1924.
— *Cliniques dermatologiques* : 2^e série, 1927.
- CADARS (P.). — Contribution à l'étude des rapports entre l'érythème annulaire centrifuge et la maladie de *Duhring-Brocq* (Thèse de Paris, 1931).
- CARLE, MONTAGARD. — De l'éosinophilie dans la maladie de *Duhring*. (Lyon médical, 1901).
- CASSAVETIS. — Leucémides simulant la maladie de *Duhring*. (Soc. franç. de Dermat., avril 1930).
- CATHALA, OLIVIER. — Maladie de *Duhring* chez un nourrisson de quatre mois. (Bulletin de la Société de Paris de pédiatrie, octobre-novembre 1927).
- COHN-. — Zwei Falle von Dermatitis Herpetiformis Actinothérapie. (Verhandl. deutsch. Gesellsch. 1906-1907).
- DANLOS. — Maladie de *Duhring* et éosinophilie. (Annales de Dermat. 1897).
— Dermatite herpétiforme et signe de *Nikolsky*. (Annales de Dermat., 1901).
- DARIER. — Dermatite herpétiforme de *Duhring* et éosinophilie. (Annales de Dermat. 1896).
— Précis de Dermat. (Masson 1928).
- DEVOTO. — Epidermolyze bulleuse. (Gior. ital. di dermat. e sifil., février 1932).
- DHAUSSY (P.). — Thèse de Paris, 1930.

- ROJER. — Maladie de *Duhring-Brocq* chez un enfant de quinze mois (Nourisson, juillet 1930).
- DUFFOUR, LE HELLO. — Guérison d'une maladie de *Duhring-Brocq*. (Journal de médecine de Paris, juillet 1928).
- DUHRING. — Notes of a case of Dermat. Herpet. extending over eleven years, illustrating the several varieties of the disease. (Phila. M. Times, 1884).
- Case of Dermat. Herpet. aggravated by pregnancy and irregular menstruation. (Med. news. 1884).
- DUPOUY. — Du traitement radiothérapique de quelques dermatoses. (Thèse de Paris, 1926).
- ELIATSCHEFF OLGA. — Contribution à l'étude de la Dermatite Herpétiforme. (Acta dermat. venereolog., juillet 1923).
- L'effet de l'arsenic dans le traitement de la Dermatite Herpétiforme de *Duhring-Brocq*. (Bulletin Médical, 28 décembre 1929).
- FRANCOIS DAINVILLE. — Des troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques. (Thèse de Paris, 1905-1906).
- FRIEDMAN (M.). — Zur Dermatitis Herpetiformis. (Arch. fur Dermat. und Syph. 159 : 86-99).
- GATE, CUILLERET, TIRAN. — Dermatoses de *Duhring-Brocq* ayant simulé l'impétigo bulleux chez un enfant de douze mois. (Soc. franç. de Dermat. et syphil., janvier 1932).
- GOUGEROT. — Dermatologie en clientèle.
- Traitement de consolidation et cures préventives dans la Dermatite Polymorphe de *Brocq-Duhring*. (Journal des Praticiens, 2 mai 1931).
- Traitement de la maladie de *Duhring-Brocq* (Presse Médicale, 8 décembre 1930).
- Formes minimes de la dermatite de *Duhring-Brocq*. (Soc. franç. de Dermat., décembre 1930).
- GOUGEROT, BARTHELEMY, UHRY. — Dermatite polymorphe de *Brocq-Duhring* avec bulles larges et placards érythémateux. (Soc. de Dermat., 14 mars 1929).
- GOUGEROT et WEILL. — Forme érythémato-squameuse résiduelle de la Dermatite Polymorphe de *Brocq-Duhring*. (Soc. franç. de Dermat., novembre 1930).
- HALLOPEAU et NOVERO. — Maladie de *Duhring* avec essai de pathogénie. (Annales de Dermatologie 1904).
- HARDOUIN. — Composition de l'urine dans la Dermatite polymorphe de *Duhring* (Thèse de Paris 1901).
- HALLE. — Archives de médecine infantile (1904).
- HUDELO ET RABUT. — Erythème annulaire centrifuge ayant évolué vers la maladie de *Duhring-Brocq*. (Bulletin de la Soc. franç. de dermat. et syph., novembre 1928).
- HUTCHINSON. — Dermatite herpétiforme with stomatis. Remarkable effects of arsenic. (Arch. Surg. London 1893).
- JUNG (F.). — Zur Therapie der Dermatitis Herpetiformis *Duhring* (Klin. Wochenschr., 24 septembre 1927).

- KARTAMYSCHIEFF. — Roussky Vestnik Dermatologii (1930).
- KRYNSKI. — Beitrag zur arsentherapie der dermatitis *Duhring*. (Dermat. Wochenschr., 12 octobre 1929).
- LAURENTIER. — Sur une dermatite herpétiforme de *Duhring-Brocq* à évolution cicatricielle. (Annales de Dermat., février 1926).
- LAUZENBERG. — Erythème polymorphe à poussées récidivantes. (Presse médicale, 7 mai 1923).
- LE MARCHAND. — Etudes sur les formes localisées de la dermatite polymorphe de *Duhring*. (Thèse de Paris 1908).
- LEREDDE. — Notes sur les caractères anatomiques dans la maladie de *Duhring*. (Annales de Dermatologie 1896).
- LOUSTE, THIBAUT, RACINE. — Maladie de *Duhring* traitée par le novarsénobenzol. (Soc. de Dermat., 8 mai 1930).
- LUTZ. — Zur arsentherapie von hautkrankheiten : arsylen bei lichen ruber und Dermat-Herpetif. (Schweiz. med. Wochenschr., novembre 1929).
- MARTELLIERE (J.). — Manifestations intestinales et alternances de la maladie, de *Duhring-Brocq*. (Thèse de Paris 1928).
- MILLIAN, SOLENTE. — Affection ayant débuté comme un pemphigus et s'étant transformée en Dermatite de *Duhring*. (Soc. franç. de Dermat., juin 1924).
- MILIAN et DELARUE. — Transformation gangréneuse des érosions du pied et mort par septicémie. (Revue franç. de Dermat. et Vénérologie avril 1927).
- MILIAN et HOROWITZ. — Maladie de *Duhring* avec éléphantiasis du membre inférieur droit. (Revue franç. de Dermat. et Vénérolog., novembre 1930).
- MILIAN. — Erythème polymorphe bulleux traité et guéri par le novarsénobenzol. (Revue franç. de Dermat. et Vénérologie, 2 juin 1929).
- MILIAN. — Sur un cas de Dermatite polymorphe douloureuse. (Rev. franç. de Dermat. et Vén., novembre 1930).
- Polynévrite généralisée par le tréparsol chez une malade atteinte de maladie de *Duhring-Brocq*. (Rev. franç. de Dermat. et Vén., mai 1932).
- MURERO. — Quatre cas de maladie de *Duhring* et deux d'herpès gestationis. (Giorn. ital. di dermat. e sif., février 1932).
- NICOLAS, ROUSSET, FROMENT. — Cas sévère de maladie de *Duhring Brocq* avec présence de myélocytes basophiles dans le sang et de polynucléaires basophiles dans le liquide des bulles. (Soc. franç. de Dermat., juillet 1929).
- NICOLAS, LEBŒUF, CHARPY. — Dermatite de *Duhring-Brocq* probable. (Soc. franç. de Dermat., mars 1932).
- NICOLAS, LEBŒUF, ROUSSET. — Maladie de *Duhring-Brocq* chez un enfant. (Soc. franç. de Dermat., mars 1932).
- NICOLETTI. — Etiopathogenie de la dermatite de *Duhring* et des pemphigus. (Giorn. ital. di dermat., février 1932).
- PALVARINI. — Therapeutique du pemphigus. (Giorn. ital. di dermat. e. sifil., février 1932).

- PAUTRIER, STRICKER, METZGER. — Dermatite Polymorphe Dou-
loureuse traitée par l'arsénothérapie et la radiothérapie de la rate.
(Union dermat. de Strasbourg, juillet 1924, in Soc. franç. de Der-
mat.).
- PAYENNEVILLE. — Deux cas de Dermatite Polymorphe traités par
l'autohémothérapie associée au novarsénobenzol. (Presse Médicale,
août 1923).
- PERRIN. — De la dermatite de *Duhring* au cours de la grossesse. (Thèse
de Paris, 1885).
- PHILIPSON (A.). — Ueber ekzem und Dermatitis. (Deutsch. med.
wochenschr., juin 1929).
- SCHACHTER. — Etiologie et traitement du pemphigus. (Bulletin méd.
de Paris, mai 1932).
- SERGEANT, RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX. — Traité de derma-
tologie.
- SEZARY. — Précis de Dermatologie.
— Pemphigus végétant. (Soc. franç. de Dermat., janvier 1932).
— L'arsenic pentavalent. (Le Monde Médical, 1^{er}-15 décembre 1932).
- SEZARY, GUEDE. — Botriomycome de la bouche développé sur une
ulcération de maladie de *Duhring*. (Soc. franç. de Dermat., 1929).
- SEZARY et MAURIC. — Réactions cutanées expérimentales et patho-
génie des états d'intolérance. (Presse médicale, juin 1932).
- THESLEFF (C.). — Ueber die behandlung der Dermatitis Herpetiformis
Duhring mit neosalvarsan. (Act. derm. vener., octobre 1926).
- TRENPEL (W.). — Blutbild bei Dermatitis Herpetiformis *Duhring*
unter dem Einfluss der behandlung (Salvarsan und Serum). (8^e léna
1913).
- VENTURI. — Maladie de *Duhring*. (Giorn. ital. delle mal. vener. e della
pelle. Fasc. V-1923).
- WILKINSON (R.). — Caso of Dermatitis Herpetiformis, treated with
salvarsan. (Proc. Roy. Soc. med., London, 1913-1914. Dermat. Sect.).
-

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I. — <i>Historique</i>	13
CHAPITRE II. — <i>Etiologie et symptomatologie</i>	16
CHAPITRE III. — <i>Traitement</i>	18
CHAPITRE IV. — <i>Observations</i>	22
CHAPITRE V. — <i>Résultats et accidents du traitement</i>	60
CONCLUSIONS	65

